

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی
پایان نامه مقطع کارشنارسی ارشد رشته اقتصاد بهداشت

عنوان:

بررسی راهکارهای اجرای معافیت از پرداخت حق بیمه در میان بیمه شدگان سازمان بیمه
سلامت ایران و ارائه گزینه های سیاستی

توسط:

مریم حسن زاده

استاد راهنما:

دکتر اسماء صابر ماهانی

اساتید مشاور:

دکتر محسن بارونی | دکتر وحید یزدی فیض آبادی

سال تحصیلی: شهریور ۹۸-۹۹

شماره پایان نامه: ۱۰/۲۹/۷۲۸



Kerman University Of Medical Sciences

Faculty of Management and Medical Information

In partial fulfillment of the requirements for the degree

Master of Science/Health economics

Title: Examining the solutions for premium payment exemption among insured in Iran
health insurance organization and developing policy options

By:

Maryam Hasanzadeh

Supervisor:

Dr.Asma Sabermahani

Advisors:

Dr.Mohsen Barouni/Dr.Vahid Yazdi-Feyzabadi

Years:

2019-2020

مقدمه و هدف: عدالت در پرداخت حق بیمه و معافیت های بیمه ای یک چالش اساسی است و توسعه روش های هدفمند سازی معافیت فقرا از پرداخت حق بیمه، در سیاست کشورهای در حال توسعه بسیار مورد توجه است. مطالعه حاضر با استفاده از سه راهکار آزمون وسیع، آزمون تقریب وسیع و هدفمندی جغرافیایی، معافیت از پرداخت حق بیمه درمانی در میان بیمه شدگان سلامت کشور را بررسی نموده و با ارزیابی نقاط قوت و ضعف هر راهکار در پانل خبرگان، گزینه سیاستی نهایی را ارائه داده است.

روش ها: مطالعه حاضر ترکیبی (کمی-کیفی) و از نوع مطالعات مقطعی و گذشته نگر است. از داده های حاصل از پرسشنامه هزینه-درآمد مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۵ استفاده شد. در تجزیه و تحلیل داده ها نرم افزار اکسل و استتا مورد استفاده قرار گرفت. میزان هزینه کرد دولت برای حمایت از مشمولین معاف در صندوق روستاییان (برابر با خط هدف) محاسبه شد. در روش آزمون تقریب وسیع، تخمین رگرسیون با استفاده از روش حداقل مربعات معمولی انجام شد. در روش آزمون وسیع و آزمون تقریب وسیع دقت مدل محاسبه شد، سپس نتایج اجرای این راهکارها محاسبه و با شرایط معافیت در سال ۱۳۹۵ مقایسه شد.

در بخش کیفی مطالعه، در روش هدفمندی جغرافیایی برای شناسایی شاخص های کاربردی ابتدا مصاحبه نیمه ساختارمند انجام شد سپس نتایج کمی در پانل خبرگان بررسی و تقسیم بندی منطقه ای نهایی شد. در ادامه نقاط قوت و ضعف هر یک از راهکارها ارزیابی و بهترین روش انتخاب شد. در پایان مطالعه گزینه های سیاستی مختلف بررسی و گزینه سیاستی نهایی ارائه گردید.

یافته ها: با توجه به اسناد بالادستی میزان هزینه کرد دولت (خط هدف) در سال ۱۳۹۵، مبلغ ۶۵,۸۶۰ میلیارد ریال محاسبه شد. در روش آزمون تقریب وسیع تعداد ۲۳ متغیر کاربردی انتخاب شد و ضریب تعیین در رگرسیون نهایی ۰/۵۵ تخمین زده شد ($R^2 = 0/55$). در هر یک از راهکارهای آزمون وسیع و آزمون تقریب وسیع دقت مدل در دهک اول به ترتیب ۶۶، ۶۰ درصد محاسبه شد و به ترتیب تعداد ۱۴۳۳۶ و ۱۳۸۸۸ هزار نفر از روستائیان همچنان به عنوان معاف (فقیر) شناسایی شدند و به ترتیب تعداد ۸۰۶۴ و ۸۵۱۲ هزار نفر غیرفقیر

شناخته شده و با افراد جدید جایگزین شدند پس به ترتیب ۶۴، ۶۹ درصد روستاییان نسبت به سال ۱۳۹۵ همچنان مشمول معافیت بودند.

در بخش کیفی پژوهش، در روش هدفمندی جغرافیایی از میان تعداد زیاد شاخص در ابعاد اقتصادی، اجتماعی و زیربنایی، شاخص های متوسط هزینه ای و درآمدی افراد سکنه در مناطق محاسبه شد و نهایتاً براساس نظر خبرگان، شهرستان فهرج به عنوان فقیرترین و شهرستان رفسنجان به عنوان ثروتمندترین شهرستان ها در استان شناخته شدند.

با بررسی نقاط قوت و ضعف هریک از راهکارها در پانل خبرگان، روش آزمون تقریب و سوس طلایی انتخاب شد و در ادامه گزینه های سیاستی زیر ارائه شد: ۱- ابتدا با استفاده از روش هدفمندی جغرافیایی مناطق برخوردار، نیمه برخوردار و غیربرخودار مشخص شود سپس با استفاده از روش آزمون وسوس و آزمون تقریب وسوس در هر یک از مناطق، وضعیت دهک بندی افراد برای معافیت از پرداخت حق بیمه مشخص شود. ۲- با استفاده از متغیرهای شناسایی شده در روش آزمون تقریب وسوس اطلاعات خرد افراد در یک بانک اطلاعاتی جمع شود، در ادامه برای کاهش خطاهای موجود از روش آزمون وسوس و هدفمندی جغرافیایی استفاده شود. ۳- روش آزمون وسوس در الویت قرارگیرد سپس از روش آزمون تقریب وسوس به اطلاعات خرد خانوار دسترسی یافت.

نتیجه گیری: با توجه به یافته های بدست آمده مطالعه حاضر به نظر می رسد، سیاست گذاران و مدیران در حوزه بیمه سلامت می توانند از متغیرهای روش PMT برای ایجاد یک سامانه مدیریت اطلاعات بروز و پویا، در جهت شناسایی وضعیت استحقاق بیمه شدگان استفاده کنند.

کلمات کلیدی: حق بیمه، معافیت، بیمه سلامت، شناسایی فقرا، گزینه های سیاستی

Abstract

Introduction: equity in insurance premiums and insurance exemptions is a major challenge, and the development of targeted insurance exemption methods is highly regarded in the policies of developing countries.

This study uses three strategies Means Testing(MT), Proxy Means Testing(PMT), and Geographic Targeting(GT), examines the exemption from paying premiums among the country's health insured and by evaluating the strengths and weaknesses of each solution in the panel of experts, presents the final policy option.

Method: The present study is a Mix -Method (quantitative-qualitative) of cross-sectional and retrospective studies. The data obtained from the cost-income questionnaire of the Statistics Center of Iran in 2016 were used. Excel and SATA software were used to analyze the data.

Government expenditure for support exempt individuals (Cut Off-Line) was calculated. In the PMT method, OLS regression was used. In MT and PMT methods, the accuracy and then the results of the strategies were calculated and compared with the existing conditions in 2016. In the qualitative part, a semi-structured interview was conducted for identifying the indicators of the GT method. Then the results of this method were calculated and after review in the panel of experts, the regional division was finalized. At the end of the study, the strengths and weaknesses of each solution were evaluated and the final policy option was presented from among the various options.

Results : The government expenditure (Cut Off-Line) was 860.65 Thousand Rials. In the PMT method, the Number of selection variables was 23. The final regression was estimated to $R^2 = 0.55$

In MT and PMT methods, the accuracy of the model in the first decile was calculated to be 66% and 60%, respectively. In MT and PMT methods, 14336 and 13888 thousand Rials of Rurales were still identified as exempt, respectively. With MT and PMT methods, 64% and 69% of people remained exempt, respectively. In the GT method, average cost and income indices were obtained in the regions.

In the GT method, finally, Fahraj city was recognized as the poorest and Rafsanjan city as the richest cities in the province.

Discussion: According to the findings of the present study, it seems that policymakers and managers in the field of health insurance can use the variables of the PMT method to create an up-to-date and dynamic information management system to identify the eligibility status of policyholders.

Keywords: Premiums, Exemptions, Health Insurance, Identification of Poor, Policy Options

فهرست مندرجات

چکیده ۱

فصل اول ۱

۱-۱ مقدمه ۱

۱-۲ بیان مسئله و اهمیت موضوع ۱

۱-۳ اهداف طرح ۵

۱-۳-۱ اهداف کلی طرح ۵

۱-۳-۲ اهداف اختصاصی یا ویژه طرح ۵

۱-۳-۳ اهداف کاربردی طرح ۶

۱-۴ سؤالات پژوهش (با توجه به اهداف طرح) ۶

۱-۵ تعریف واژگان ۷

۱-۵-۱ بیمه سلامت: ۷

۱-۵-۲ حق بیمه: ۸

۱-۵-۳ بیمه گذار: ۸

۱-۵-۴ بیمه گر: ۸

۱-۵-۵ معافیت: ۹

۱-۵-۶ گزینه سیاستی: ۹

فصل دوم ۷

- ۲-۱ کلیات پژوهش: ۱۱
- ۲-۲ بیان نظری ۱۱
- ۲-۲-۱ پوشش همگانی سلامت: ۱۱
- ۲-۲-۲ محافظت مالی ۱۵
- ۲-۲-۳ تامین مالی ۱۶
- ۲-۲-۴ بیمه اجتماعی ۱۸
- ۲-۲-۵ سازمان بیمه سلامت ایران و تاریخچه آن ۲۱
- ۲-۲-۶ برابری و عدالت ۲۲
- ۲-۲-۷ فقر ۲۳
- ۲-۲-۸ هزینه های کمرشکن ۲۳
- ۲-۲-۹ هدفمندی در حوزه سلامت ۲۵
- ۲-۲-۱۰ روش های هدفمندی ۲۶
- ۲-۲-۱۰-۱ هدفمندی جغرافیایی ۲۷
- ۲-۲-۱۰-۲ روش آزمون وسع ۲۸
- ۲-۲-۱۰-۳ روش آزمون تقریب وسع ۲۸
- ۲-۲-۱۱ دقت و خطای مدل : ۳۰
- ۲-۲-۱۲ گزینه های سیاستی ۳۱
- ۲-۳ بررسی متون ۳۲
- ۲-۳-۱ مطالعات داخلی ۳۲
- ۲-۳-۲ مطالعات خارجی ۳۳

فصل سوم ۱۴

۳-۱ خلاصه مشخصات پژوهشی ۴۰

۳-۲ زمان و مکان اجرای مطالعه ۴۰

۳-۳ نوع پژوهش ۴۰

۳-۴ جمعیت مورد مطالعه ۴۰

۳-۵ مشخصات ابزار جمع آوری داده های پژوهش و چگونگی آن ۴۱

۳-۶ روش اجرای پژوهش ۴۲

بخش کمی ۴۲

۳-۶-۱ فاز اول: محاسبه هزینه کرد سازمان بیمه سلامت کشور (خط هدف) ۴۲

۳-۶-۲ فاز دوم: اعمال روش ها بر روی داده های اولیه ۴۳

۳-۶-۲-۱ روش آزمون وسع (MT): ۴۳

۳-۶-۲-۱-۱ استخراج داده ها براساس روش MT ۴۴

۳-۶-۲-۱-۲ دقت و خطای مدل ۴۵

۳-۶-۲-۲ روش آزمون تقریب وسع (PMT): ۴۵

۳-۶-۲-۲-۱ مرور جامع ۴۵

راهبرد جستجوی مطالعات ۴۶

معیارهای ورود و خروج مطالعات جهت شناسایی متغیرهای PMT: ۴۸

معیارهای ورود ۴۸

معیارهای خروج ۴۸

۳-۶-۲-۲-۲ استخراج داده های مربوط به متغیرهای مدل ۴۸

- ۳-۲-۲-۳ تصریح مدل رگرسیون ۴۹
- ۴-۲-۲-۳ محاسبه نمره خانوار (PMT Score) ۵۰
- ۵-۲-۲-۳ شناسایی وضعیت استحقاق خانوار برای معافیت از پرداخت حق بیمه در روش PMT ۵۰
- ۶-۲-۲-۳ سنجش دقت و خطای مدل: ۵۱
- ۳-۲-۲-۳ هدفمندسازی جغرافیایی (GT): ۵۱
- ۱-۳-۲-۳ استخراج شاخص های لازم برای اجرای روش GT ۵۱
- ۲-۳-۲-۳ استخراج الگویی کلی برای استفاده از روش GT ۵۲
- ۳-۲-۳ فاز سوم: بررسی نتایج کمی براساس خط هدف ۵۲
- ۴-۲-۳ فاز چهارم: تعمیم نتایج به بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت ایران ۵۳
- ۵-۲-۳ فاز پنجم: بررسی و اعمال سناریوهای مختلف بر اساس تعداد افراد مستحق معافیت ۵۴
- سناریوی افزایش تعداد مشمولین معاف: ۵۴
- سناریوی کاهش تعداد افراد مشمول معافیت و ذخیره سازی منابع ۵۵
- بخش کیفی ۵۵
- معیارهای ورود جهت مصاحبه شوندگان روش GT: ۵۵
- معیار خروج: ۵۵
- شناسایی شاخص های GT براساس مراحل زیر انجام پذیرفت: ۵۶
- ۶-۲-۳ فاز ششم: بررسی مزایا و معایب هر روش و استخراج گزینه های سیاستی ۵۷
- ۷-۲-۳ فاز هفتم: ارائه هزینه های سیاستی در پانل خبرگان ۵۷
- معیارهای ورود جهت مصاحبه شوندگان و پانل خبرگان: ۵۷
- ۷-۳ ملاحظات اخلاقی ۵۸

۳-۸ محدودیت های اجرایی پژوهش ۵۸

فصل چهارم..... ۱۰۵

۴-۱ مقدمه ۶۱

۴-۲ فاز اول: نتایج هزینه کرد سازمان بیمه سلامت کشور (خط هدف) ۶۱

۴-۳ فاز دوم: نتایج اعمال روش ها بر روی داده های اولیه ۶۱

۴-۳-۱ فاز دوم: نتایج پیاده سازی روش MT بر روی داده ها: ۶۱

۴-۳-۱-۱ نتایج استخراج داده ها براساس روش MT ۶۲

۴-۳-۱-۲ دقت و خطای مدل MT : ۶۳

۴-۳-۲ نتایج پیاده سازی روش PMT بر روی داده ها ۶۳

۴-۳-۲-۱ مرور متون ۶۳

۴-۳-۲-۲ نتایج استخراج متغیرهای مدل PMT ۶۸

۴-۳-۲-۳ نتایج تصریح مدل رگرسیونی ۶۹

۴-۳-۲-۳-۱ نتایج آزمون VIF (هم خطی) : ۷۲

۴-۳-۲-۴ نتایج استخراج نمره PMT خانوار ۷۳

۴-۳-۲-۵ دقت و خطای مدل PMT بر اساس پنجک درآمدی: ۷۴

۴-۳-۲-۶ دقت و خطای مدل PMT براساس دهک درآمدی: ۷۴

۴-۳-۳ فاز دوم: نتایج پیاده سازی روش GT بر روی داده ها ۷۵

۴-۳-۳-۱ شناسایی شاخص ها در روش GT ۷۵

۴-۳-۳-۲ استخراج شاخص های GT با استفاده از مصاحبه ۷۵

۴-۳-۳-۳ کدگذاری مصاحبه ها در روش GT ۷۶

۴-۴ فاز سوم: بررسی نتایج کمی بر اساس خط هدف ۸۳

۴-۴-۱ روش MT: ۸۳

۴-۴-۲ فاز سوم: روش PMT ۸۴

۴-۴-۳ فاز سوم: روش GT ۸۴

۴-۵ فاز چهارم: ۸۶

۴-۵-۱ تعمیم نتایج روش MT به بیمه شدگان سلامت کشور ۸۶

۴-۵-۲ تعمیم نتایج روش PMT به بیمه شدگان سلامت کشور ۸۶

۴-۵-۳ روش GT ۸۷

۴-۵-۴ فاز پنجم: سناریوهای مختلف در هر یک از روش ها ۸۹

۴-۵-۵ فاز ششم: بررسی مزایا و معایب در هر روش ۸۹

۴-۵-۶ فاز هفتم: پانل خبرگان ۹۱

فصل پنجم ۶۲

۵-۱ مقدمه ۹۳

۵-۲ بحث ۹۳

۵-۲-۱ بخش کمی ۹۳

۵-۲-۲ بخش کیفی - بررسی مزایا و معایب روش ها ۹۵

۵-۳ نتیجه گیری: ۹۷

۵-۴ پیشنهادات ۹۸

منابع: ۱۰۳

فهرست جداول

جدول ۳-۱ راهبرد جستجوی مطالعات برای شناسایی متغیرهای PMT	۴۷
جدول ۴-۱ آمار مربوط به بیمه شدگان سلامت	۶۳
جدول ۴-۲ بخش های هزینه ای پرسشنامه مرکز آمار ایران	۶۳
جدول ۴-۳ بررسی دقت مدل MT	۶۳
جدول ۴-۴ نتایج جستجو در پایگاه های اطلاعاتی و منابع الکترونیک	۶۳
جدول ۴-۵ لیست مقالات گردآوری شده جهت استخراج شاخص های PMT	۶۵
جدول ۴-۶ دسته بندی متغیرهای همگن با استناد به مطالعات انجام شده	۶۹
جدول ۴-۷ تعریف متغیرهای نهایی مدل PMT	۷۰
جدول ۴-۸ محاسبه وزن مربوط به هرمتغیر	۷۱
جدول ۴-۹ آزمون هم خطی بین متغیرهای شناسایی شده	۷۲
جدول ۴-۱۰ بررسی دقت مدل PMT با استفاده از پنجگ	۷۴
جدول ۴-۱۱ بررسی دقت مدل PMT براساس دهک	۷۴
جدول ۴-۱۲ فراوانی مصاحبه شوندگان در شناسایی شاخص های روش GT (روش کیفی)	۷۵
جدول ۴-۱۳ فراوانی مصاحبه شوندگان از نظر سطح تحصیلات در شناسایی شاخص های روش GT	۷۶
جدول ۴-۱۴ طبقه بندی شاخص های اقتصادی	۷۶
جدول ۴-۱۵ طبقه بندی شاخص های اجتماعی	۷۷
جدول ۴-۱۶ طبقه بندی شاخص های زیربنایی	۷۸
جدول ۴-۱۷ مزایا و معایب شاخص های اقتصادی شناسایی شده در روش GT	۸۲
جدول ۴-۱۸ تعداد روستاییان معاف براساس روش MT در مقایسه با سال ۹۵	۸۳

- جدول ۴-۱۹ تعداد روستائیان معاف براساس روش PMT در مقایسه با سال ۹۵ ۸۴
- جدول ۴-۲۰ مقایسه متوسط درآمدی مناطق شهرستانی در استان کرمان ۸۴
- جدول ۴-۲۱ مقایسه متوسط هزینه ای شهرستان های استان کرمان ۸۵
- جدول ۴-۲۲ تعمیم نتایج روش MT به بیمه شدگان سلامت در کشور ۸۶
- جدول ۴-۲۳ تعمیم نتایج روش PMT به بیمه شدگان سلامت در کشور ۸۶
- جدول ۴-۲۴ تقسیم بندی مناطق استان کرمان براساس نظر خبرگان ۸۸
- جدول ۴-۲۵ نتایج سناریوهای اعمال شده در هر روش ۸۹
- جدول ۴-۲۶ مزایا و معایب روش های مورد مطالعه ۹۰
- جدول ۵-۱ اعمال نتایج ارزیابی وسع در پوشش بیمه سلامت ۱۰۰
- جدول ۵-۲ چالش های پیش بینی شده در پیاده سازی طرح ارزیابی وسع ۱۰۱

فهرست اشكال

- شكل ۲-۱ مكعب پوشش خدمات سلامت ۱۲
- شكل ۲-۲ بعد كيفيت در پوشش همگانی سلامت ۱۳
- شكل ۲-۳ اهداف نهايی و اهداف میانی پوشش همگانی سلامت ۱۵
- شكل ۲-۴ چهار چوب مفهومی برای درک عملکردهای تامین مالی در نظام سلامت ۱۷
- شكل ۲-۵ رابطه بین بیمار، نهاد بیمه و ارائه کننده خدمت ۱۹
- شكل ۳-۱: مراحل کلی اجرای روش کار مطالعه ۴۲
- شكل ۳-۲ مراحل اجرای روش MT ۴۴
- شكل ۳-۳ مراحل اجرای روش PMT ۴۵
- شكل ۳-۴ ابزارهای جستجو در مرور متون ۴۶
- شكل ۳-۵ مراحل روش هدفمندی جغرافیایی ۵۱
- شكل ۴-۱ رتبه بندی خانوارها براساس میزان مخارج کل (در طول یک ماه) ۶۲
- شكل ۴-۲ مراحل استخراج متغیرهای کاربردی در روش PMT ۶۴
- شكل ۴-۳ رتبه بندی خانوارها براساس نمره PMT (در طول یک ماه) ۷۴
- شكل ۴-۴ وضعیت معافیت شهرستان ها براساس دهک منطقه ای ۸۷

فهرست پیوست ها

پیوست ۱: سئوالات مربوط به مصاحبه تعیین شاخص های روش هدفگذاری جغرافیایی ۱۰۹

پیوست ۲: ضرایب مربوط به نقاط مختلف استان کرمان براساس وضعیت محرومیت ۱۱۰

1. Aryeetey G, Jehu-Appiah C, Spaan E, D'exelle B, Agyepong I, Baltussen R. Identification of poor households for premium exemptions in Ghana's National Health Insurance Scheme: empirical analysis of three strategies. *Tropical Medicine & International Health*. 2010;15(12):1544-52.
2. Jehu-Appiah C, Aryeetey G, Spaan E, Agyepong I, Baltussen R. Efficiency, equity and feasibility of strategies to identify the poor: an application to premium exemptions under national health insurance in Ghana. *Health Policy*. 73-166:(2-3)95;2010
3. Liaropoulos L, Goranitis I. Health care financing and the sustainability of health systems. *International journal for equity in health*. 2015;14(1):80.
4. Macha J, Harris B, Garshong B, Ataguba J, Akazili J, Kuwawenaruwa A, et al. Factors influencing the burden of health care financing and the distribution of health care benefits in Ghana, Tanzania and South Africa. *Health policy and planning*. 2012;27(suppl_1):i46-i54.
5. Rezaee M, Daei-Karimzadeh S, Fadaei M, Etbarian A, Bahrami H. Relationship of Provision Financial Resources, Physical and Legal Infrastructures, and Manpower in Implementing" Health Insurance of Villagers and Nomads Program" Developed by Iran Health Insurance Organization. *Iran J Health Insur*. 2019;2(1):21-9.(In Persian)
6. Rashidian A, Soofi M. Methodology of the assessment of financial protection against health costs. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2015;11(1):82-93. (In Persian)
7. Hajimahmoudi H, Zahedi F. Justice in the healthcare system: payment and reimbursement policies in Iran. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2013;6(3):1-16. (In Persian)
8. Orszag P, Emanuel E. Health care reform and cost control. *New England Journal of Medicine*. 2010;363(7):601-3.
9. Yu C, Whynes D, Sach T. Equity in health care financing: The case of Malaysia. *International journal for equity in health*. 2008;7(1):15.
10. Ghiasi A, Baghi A, Rezapour A, Alipour V, Ahadinezhad B, Mahmoudi M, et al. Health insurance, medicine expenses and catastrophic health expenditures. *Journal of Health Administration (JHA)*. 2016;18(62):64-74. (In Persian)
11. Saadati M, Rezapour R, Derakhshani N, Naghshi M. Comparative study of fair financing in the health insurance. *Journal of Healthcare Management*. 2017;7(4):65-73. (In Persian)
12. Bazyar M, Rashidian A, Kane S, Mahdavi MRV, Sari AA, Doshmangir L. Policy options to reduce fragmentation in the pooling of health insurance funds in Iran. *International journal of health policy and management*. 2016;5(4):253. (In Persian)
13. Bazyar M, Yazdi-Feyzabadi V, Rahimi N, Rashidian A. What Kinds of Advantages and Disadvantages May Merging Health Insurance Funds Bring About? A Qualitative Policy Analysis from Iran. 2020. (In Persian)
14. Kazemian M, Abolhalaj M, Nazari H. Assessment of equity in public health care financing in 2013. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 20:64-72(1)6,17. (In Persian)
15. Akhavan Behbahani A, Alidoost S, Masoudi Asl I, Rahbari Bonab M. Investigating the performance of Iran's health insurance organization and providing solutions for improvement: A mixed method study. *Iran Health Insurance Organization*. 20; 88-96(3):18. (In Persian)
16. Ptanawanit S. proxy means testing: an alternative method for poverty assessment *International Journal of Management and Applied Science*. 2016;2(12).

17. Barati O, Keshtkaran A, Ahmadi B, Hatam N, Khammarnia M, Siavashi E. Equity in the health system: An overview on national development plans. *Sadra Medical Sciences Journal*. 2017;3(1):77-88. (In Persian)
18. Budget ACotPa. Law on the Sixth Development Plan Iran: Country Planning and Budget Organization; 2016 [Available from: <https://mpb.mporg.ir/Portal/View/Page.aspx?PageId=334dab14-a991-43f2-bd80-06a2e4d3c725>].
19. Zarei Y, Rahmanian M. Introducing the Pattern of Identifying Highly Deprived Areas In Order to Target the System of Jihadist Movements (Case Study: Boushehr Province; Dashty County). *Haft Hesar Journal of Environmental Studies*. 2020;8(32):41-60. (In Persian)
20. Brown C, Ravallion M, Van de Walle D. A poor means test? Econometric targeting in Africa. Africa: The World Bank; 2016. WPS7915 p.
21. Aryeetey G, Jehu-Appiah C, Spaan E, Agyepong I, Baltussen R. Costs, equity, efficiency and feasibility of identifying the poor in Ghana's National Health Insurance Scheme: empirical analysis of various strategies. *Tropical Medicine & International Health*. 2012;17(1):43-51.
22. Nguyen C, Lo D. Testing Proxy Means Tests in the Field: Evidence from Vietnam. *Munich Personal RePEc Archive*. 2016;80002.
23. Schady N. Picking the Poor: Indicators for Geographic Targeting in Peru. *Review of Income and Wealth*. 2002;48(3):417-33.
24. Insurance H. Definitions and general insurance Iran: Health Insurance Organization; 2016 [Available from: <http://ihio.gov.ir/Portal/Home/Default.aspx?CategoryID=553c484e-5c58-4fae-9c13-317d3cb09597>].
25. Fund AI. Dictionary of Insurance Iran: Agricultural Insurance Fund; 2018 [Available from: <http://www.sbkiran.ir/node/171>].
26. Reshadat S, Najafi F, Karami-Matin B, Soofi M, Barfar E, Rajabi-Gilan N, et al. Measuring Financial Protection in Hospitalized Patients after the Health Sector Evolution Plan in Iran. *Health Scope*. 2017;6(4). (In Persian)
27. Doshmangir L, Mostafavi H, Rashidian A. How to Do Policy Analysis? A View on Approaches and Modes of Policy Analysis in Health Sector. *Hakim Health Systems Research Journal*. 2014;17(2):138-50. (In Persian)
28. Akbari M, Alimohammadzadeh K, Maher A, Hosseini SM, Bahadori M. Systematic relationship analysis of health insurance integration benefits in Iran. *Iran J Health Insur*. 2020;2(4):176-83. (In Persian)
29. Okoroh J, Essoun S, Seddoh A, Harris H, Weissman JS, Dsane-Selby L, et al. Evaluating the impact of the national health insurance scheme of Ghana on out of pocket expenditures: a systematic review. *BMC health services research*. 2018;18(1):426.
30. Abihiro GA, De Allegri M. Universal health coverage from multiple perspectives: a synthesis of conceptual literature and global debates. *BMC international health and human rights*. 2015;15(1):17.
31. Nguyen HT, Rajkotia Y, Wang H. The financial protection effect of Ghana National Health Insurance Scheme: evidence from a study in two rural districts. *International journal for equity in health*. 2011;10(1):4.
32. Wright KJ, Biney A, Kushitor M, Awoonor-Williams JK, Bawah AA, Phillips JF. Community perceptions of universal health coverage in eight districts of the Northern and Volta regions of Ghana. *Global Health Action*. 2020;13(1):1705460.
33. Kavosi Z, Keshtkaran A, Hayati R, Ravangard R, Khammarnia M. Household financial contribution to the health System in Shiraz, Iran in 2012. *International journal of health policy and management*. 2014;3(5):243. (In Persian)

34. Umeh CA. Identifying the poor for premium exemption: a critical step towards universal health coverage in Sub-Saharan Africa. *Global health research and policy*. 2017;2(1):2.
35. Myint C-Y, Pavlova M, Khin-Ni-Ni Thein WG. A systematic review of the health-financing mechanisms in the Association of Southeast Asian Nations countries and the People's Republic of China: Lessons for the move towards universal health coverage. *PloS one*. 2019;14(6).
36. Ibrahimipour H, Maleki M-R, Brown R, Gohari M, Karimi I, Dehnavieh R. A qualitative study of the difficulties in reaching sustainable universal health insurance coverage in Iran. *Health policy and planning*. 2011;26(6):485-95. (In Persian)
37. Hsu J, Flores G, Evans D, Mills A, Hanson K. Measuring financial protection against catastrophic health expenditures: methodological challenges for global monitoring. *International journal for equity in health*. 2018;17(1):69.
38. Yerramilli P, Fernández Ó, Thomson S. Financial protection in Europe: a systematic review of the literature and mapping of data availability. *Health Policy*. 2018;122(5):493-508.
39. Ahangar A, Ahmadi AM, Mozayani A, FarajiDizaji S. Key Health Financing Policies with Approach Risk-Sharing to Promote Health Systems in Poor and Developing Countries; Africa and Eastern Mediterranean (WHO) Regions. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2018;6(2):200-2. (In Persian)
40. Okpanachi E, Vambe JT. Assessment of national health insurance scheme by Enrollees at University of Abuja Teaching hospital, Gwagwalada. *Research Journal of Public Administration Vol..* ۰۰۹-۱۹:(۱)۳;۲۰۲۰
41. Hassanzadeh A. Pathology of health insurance system in Iran. *Iran Health Insurance Organization*. 2018;1(3):50-8. (In Persian)
42. Adeniran AS, Aun II, Fawole AA, Aboyeji AP. Comparative analysis of caesarean delivery among out-of-pocket and health insurance clients in Ilorin, Nigeria. *Nigerian Postgraduate Medical Journal*. 2020;27(2):108.
43. Heidari R .Presentation of Health Financing System Model with Emphasis on Structural, Contextual, Instrumental and Content Factors.2020.87-99.(11)20
44. Ranjbar M, Kazemi Karyani A. Determining Health Insurance Attributes and Levels: A qualitative study. *Management Strategies in Health System*. 2020;5(1):60-8. (In Persian)
45. Mohebbati T. Critique of health insurance configuration in developing countries. *Iranian Journal of Health Insurance*. 2018;1(1-2):1-2. (In Persian)
46. Bello HY. The Impact of National Health Ensurance Scheme on Enrollees in Gombe Metropolis, Gombe State Nigeria.
47. Ataguba JE-O, Goudge J. The impact of health insurance on health-care utilisation and out-of-pocket payments in South Africa. *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice*. 2012;37(4):633-54.
48. Newspaper WE. The challenge of consolidating health insurance Iran: Magiran; 2016 [Available from: <https://www.magiran.com/article/3476992>.
49. Organization IHI. History of Iranian Health Insurance IRAN: Scientific Information Databa; 2019 [Available from: <https://www.sid.ir/Fa/ScientificCenters/information.aspx?ID=3159>.
50. Sedighi S, Hesam S, Maleki M. Effective components in establishment of basic health insurance in iran. *Health Management (Health System)* 2012 4(1-2 (9)):7-19. (In Persian)
51. Piri M, Jalali R, Amini AA. Factors contributing to Development of justice the centrality health insurance organization. *Iran J Health Insur*. 2020;2(4):228-37. (In Persian)
52. Gulliford M. Equity and access to health care. *Access to health care*. 2003:36-60.

53. Soltani S, Takian A, SARI AA, Majdzadeh R, Kamali M. Financial Barriers to Access to Health Services for Adult People with Disability in Iran: The Challenges for Universal Health Coverage. *Iranian Journal of Public Health*. 2019;48(3):508. (In Persian)
54. Yousefi M, Assari Arani A, Sahabi B, Kazemnejad A, Fazaeli S. The Financial contribution of households using by health services. *Journal of Payavard Salamat*. 2015;8(6):517-27. (In Persian)
55. Rashidian A, Arab M, Mahdavi MV, Ashtarian K, Mostafavi H. Which Social Values Are Considered in Iranian Health System? *Archives of Iranian medicine*. 2018;21(5):199-207. (In Persian)
56. Afifah R, Andriyana Y, Jaya IM, editors. Robust geographically weighted regression with least absolute deviation method in case of poverty in Java Island. *AIP Conference Proceedings*; 2017: AIP Publishing LLC.
57. Pandey A, Ploubidis GB, Clarke L, Dandona L. Trends in catastrophic health expenditure in India: 1993 to 2014. *Bulletin of the World Health Organization*. 2018;96(1):18.
58. Aregbeshola BS, Khan SM. Out-of-pocket payments, catastrophic health expenditure and poverty among households in Nigeria 2010. *International journal of health policy and management*. 2018;7(9):798.
59. Nguyen TTD. The Vietnamese social health insurance for the near-poor. A health capability approach 2013.
60. Wagstaff A. Measuring financial protection in health. *World Bank Policy Research Working Paper Series*, Vol. 2008.
61. Navarro V. Assessment of the world health report 2000. *Lancet*. 2000;356(9241):1598-601.
62. Xu K, Evans D, Carrin G, Aguilar-Rivera A. Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure. 2005.
63. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*. 2007;26(4):972-83.
64. Ameri H. Equity in Health Financing with an Emphasis on Catastrophic Health Expenditure. *Management Strategies in Health System*. 2018;3(3):165-7. (In Persian)
65. Waters HR, Anderson GF, Mays J. Measuring financial protection in health in the United States. *Health policy*. 2004;69(3):339-49.
66. Piroozi B, Moradi G, Nouri B, Bolbanabad AM, Safari H. Catastrophic health expenditure after the implementation of health sector evolution plan: a case study in the west of Iran. *International journal of health policy and management*. 2016;5(7):417. (In Persian)
67. Khoda kashi M, Shahiki M. Methods for identifying vulnerable groups (the first step in targeting subsidies). *Journal of Public Economics*. 2008;101:67-51. (In Persian)
68. Qingyue M, Beibei Y, Liying J. Means testing for targeting the people in health programs: A systematic review. Review report submitted to the alliance for health policy and systems research Shandong: Shandong University Centre for Health Management and Policy. 2010.
69. Parastesh N. Types of targeted methods of subsidies with emphasis on the selected method in Iran. *Economic Journal*. 2011;10(9):143-50. (In Persian)
70. Bigman D, Fofack H. Geographical Targeting for Poverty Alleviation: An Introduction to the Special Issue. *The World Bank Economic Review*. 2000;14(1):129-45.
71. Baker JL, Grosh ME. Poverty reduction through geographic targeting: How well does it work? *World development*. 19;983-95(7)22,9.
72. Parastesh N. Types of targeted methods of subsidies with emphasis on the selected method in Iran. *Economic Journal*. 2010;10(9):143-50. (In Persian)

73. bakhshoodeh M. Applying the Proxy Means Test to Determine Households Affected by Government Cash Aid in Iran. *Ecological Economics*. 2012;6(1):13-108. (In Persian)
74. Gazeaud J. Proxy Means Testing vulnerability to measurement errors? *The Journal of Development Studies*. 2020:1-21.
75. Kidd S, Wylde E. Targeting the Poorest: An assessment of the proxy means test methodology. AusAID Research Paper, Australian Agency for International Development, Canberra, Australia. 2011.
76. Control CfD, Prevention. CDC's policy analytical framework. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, US Department of Health and Human Services. 2013.
77. Mehrolhassani M, Najafi B, Yazdi Feyzabadi V, Abolhallaje M, Ramezani M, Dehnavieh R, et al. A review of the health financing policies towards universal health coverage in Iran. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2017;12:74-84(In Persian)
78. Yazdi-Feyzabadi V, Bahrampour M, Rashidian A, Haghdoust A-A, Javar MA, Mehrolhassani MH. Prevalence and intensity of catastrophic health care expenditures in Iran from 2008 to 2015: a study on Iranian household income and expenditure survey. *International journal for equity in health*. 2018;17(1):44. (In Persian)
79. Raadabadi M, Barouni M, Goudarzi R, Baghian N, Sabermahani A. Association Levels of Development the City of Kerman In Terms of Health and Indicators Using the Numerical Taxonomy. *Journal of Community Health Research*. 2015;4(3):203-14. (In Persian)
80. Bakhshoodeh M. Proxy means tests for targeting subsidies scheme in Iran. *Iranian Journal of Economic Studies*. 2013;2(2):25-46. (In Persian)
81. KHodadad Kashi F, SHahici tash M. Identifying vulnerable strata(The first step in targeting subsidies). *Review of Economic Issues and Policies*. 2009;101:51-67. (In Persian)
82. Umeh CA. Identifying the poor for premium exemption: a critical step towards universal health coverage in Sub-Saharan Africa. *Global Health Research and Policy*. 2017;2(1):1-3
83. Villa J. A harmonised proxy means test for kenya's national safety net programme. GDI Working Paper 2016-003. 2016.
84. Van Edig X, Schwarze S, Zeller M. Poverty assessment by proxy-means tests: Are indicator-based estimations robust over time? A study from central sulawesi, indonesia. *Quarterly Journal of International Agriculture*. 2013;52(1):27-49.
85. Nguyen T. The Vietnamese social health insurance for the near-poor. A health capability approach. Oslo: University of Oslo; 2013.
86. Simler K, Nhate V. Poverty, inequality, and geographic targeting: Evidence from small-area estimates in Mozambique. International Food Policy Research Institute, FCND Discussion Paper. 2005;192.
87. Narayan A, Yoshida N. Proxy Means Tests for Targeting Welfare Benefits in Sri Lanka. Report No SASPR-7, Washington, DC: World Bank, [http://siteresources.worldbank.org/EXTSAREGTOPPOVRED/Resources/493440-1102216396155/572861-1102221461685/Proxy Means Test for Targeting Welfare Benefits pdf](http://siteresources.worldbank.org/EXTSAREGTOPPOVRED/Resources/493440-1102216396155/572861-1102221461685/Proxy%20Means%20Test%20for%20Targeting%20Welfare%20Benefits.pdf), accessed February. 2005;5:2009
88. Sebastian A, Shivakumaran S, Silwal AR, Newhouse D, Walker T, Yoshida N. A Proxy Means Test for Sri Lanka: The World Bank; 2018.
89. Tohari A, Parsons C, Rammohan A. Targeting poverty under complementarities: Evidence from Indonesia's unified targeting system. *Journal of Development Economics*. 2019;140:127-44.
90. Stoeffler Q, Mills B, Del Ninno C. Reaching the Poor: cash transfer program targeting in Cameroon. *World Development*. 2016;83:244-63.
91. Bah A. Finding the Best Indicators to Identify the Poor. Available at SSRN 2411916. 2013.

92. Mapa DS, Albis MLF, editors. New Proxy means test (PMT) models: improving targeting of the poor for social protection. 12th National Convention on Statistics (NCS) EDSA Shangri-La Hotel; 2013.
93. Alkire S, Roche J, Seth S, Sumner A. Identifying the poorest people and groups: strategies using the global multidimensional poverty index. *Journal of International Development*. 2015;27(3):362-87.
94. Dershem L. Using a Proxy Means Test for Targeting in a Conditional Cash Transfer Program 2013.
95. Dixon J, Tenkorang EY, Luginaah I. Ghana's National Health Insurance Scheme: helping the poor or leaving them behind? *Environment and Planning C: Government and policy*. 2011;29(6):1102-15.
96. Sharif I. Building a targeting system for Bangladesh based on proxy means testing: World Bank, Human Development Network; 2009.
97. Morestin F, Grant P, Ridde V. Criteria and processes for identifying the poor as beneficiaries of programs in developing countries. Policy brief Montreal: University of Montreal. 2009.
98. Moser C, Felton A. The gendered nature of asset accumulation in urban contexts: Longitudinal results from Guayaquil, Ecuador: WIDER Working Paper; 2010.
99. Houssou N, Zeller M, Alcaraz V G, Schwarze S, Johannsen J. Proxy Means Tests for Targeting the Poorest Households--Applications to Uganda. 2007.
100. Johannsen J, Zeller M. Operational Poverty Targeting by Means of Proxy Indicators-The Example of Peru. 2006.
101. Coady DP, Parker SW. Program participation under means-testing and self-selection targeting methods. 2005.
102. Ahmed AU, Bouis HE. Weighing what's practical: proxy means tests for targeting food subsidies in Egypt. *Food Policy*. 2002;27(5-6):519-40.
103. Legros M. Minimum Income Schemes: from one crisis to another, the French experience of means-tested benefits. Réseau européen des experts nationaux indépendants en matière d'inclusion sociale. 2009.
104. Grosh ME, Baker JL. Proxy means tests for targeting social programs: simulations and speculation: The World Bank; 1995.

صفحه صورت جلسه دفاع پایان نامه



دانشگاه علوم پزشکی کرمان
تحصیلات تکمیلی دانشگاه

بسمه تعالی

صور جلسه دفاع از پایان نامه

تاریخ ۹۹/۶/۲۲

شماره ۱۰۱۹۴۷۲۸

پیوست.....

جلسه دفاعیه پایان نامه تحصیلی خانم مریم حسن زاده دانشجوی کارشناسی ارشد رشته اقتصاد بهداشت دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان تحت عنوان: بررسی راهکارهای اجرای معافیت از پرداخت حق بیمه در میان بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت ایران و ارائه گزینه های سیاستی در ساعت ۸/۵ روز شنبه مورخ ۹۹/۶/۲۲ با حضور اعضای محترم هیات داوران متشکل از:

سمت	نام و نام خانوادگی	امضا
الف: اسناد راهنما	خانم دکتر صابرمهانی	
ب: اسناد مشاور	آقای دکتر بزدی فیض آبادی آقای دکتر بارونی	
ج: عضو هیات داوران (داخلی)	آقای دکتر گودرزی	
د: عضو هیات داوران (خارجی)	آقای دکتر بهاء الدینی	
ه: نماینده تحصیلات تکمیلی	خانم دکتر شجاعی	

تشکیل گردید و ضمن ارزیابی به شرح پیوست با درجه عالی و نمره ۱۷/۸۲ مورد تأیید قرار گرفت.

مهر و امضاء معاون آموزشی
دانشگاه مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی کرمان
معاونت آموزشی

(امضاء)